FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

705

ANNÉE 1962 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henriette NOËL, née FOUCHEZ

Née le 5 avril 1935, à Puylaurens (Tarn)

Présentée et soutenue publiquement le 1962

RÉFLEXIONS SUR QUINZE ANNÉES DE TRAVAIL DANS LE CENTRE D'ORIENTATION DES JEUNES DE LA S.N.C.F. (Région Nord)

Président : M. JOANNON, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henriette NOËL, née FOUCHEZ

Née le 5 avril 1935, à Puylaurens (Tarn)

Présentée et soutenue publiquement le 196

RÉFLEXIONS SUR QUINZE ANNÉES DE TRAVAIL DANS LE CENTRE D'ORIENTATION DES JEUNES DE LA S.N.C.F. (Région Nord)

Président : M. JOANNON, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN : Léon BINET, *Membre de l'Institut*

1er ASSESSEUR : Jean VERNE — 2e ASSESSEUR : Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Éducat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	Redon (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	Mouquin (M.)
Cliniques chirurgicales : *Beaujon* : Lortat-Jacob (J.-L.) — *Cochin* : Léger (L.) — *Hôtel-Dieu* : Patel (J.) — *Pitié* : Cordier (G.) — *Saint-Antoine* : Gosset (J.) — *Salpêtrière* : Sicard (A.) — *Tenon* : Olivier (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
Clinique chirurg. orthopédique et réparat. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	Gaudart d'Allaines (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	Mathey (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	Funck-Brentano (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	Degos (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	Cathala (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	Delay (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	Hamburger (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	Marchal (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)
Cliniques médicales : *Boucicaut* : Lenègre (J.) — *Broussais* : Soulié (P.) — *Cochin* : Justin-Besançon (L.) : Brouet (G.) — *Hôtel-Dieu* : Bariéty (M.) — *Lariboisière* : Sèze (S. de) — *Pitié* : Dreyfus (G.) — *Saint-Antoine* : Kourilsky (R.).	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	Debray (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	Gennes (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	David (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	Garcin (R.)
Cliniques obstétricales : *Baudelocque* : Lacomme (M.) — *Foch* (Suresnes) : Merger (R.).	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	Varangot (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	Renard (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	Lelong (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	Bernard (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	Michaux (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	Coste (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	Dechaume (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	Roux (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
Clinique toxicologique	Gaultier (M.)
Clinique traumatologique	Padovani (P.)
Séméiologie médicale	Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	Poilleux (F.)
Clinique urologique (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	Turpin (R.)

b) Professeurs a titre personnel :

Médecine	Bour (H.), Lhermitte (F.), Pequignot (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :
MM. Cabrol (C.); Couinaud (C.); Gillot (C.); Olivier (G.).

Anatomie pathologique :
Mlle Gauthier-Villars (P.), *pr. s. ch.*; MM. Abelanet (R.); Busser (F.); Chomette (G.); Gouygou (Ch.), *m. conf.*; Nezeloff (Ch.); Orcel (L.); Paillas (J.).

Anesthésiologie :
MM. Kern (E.); Vourc'h (G.).

Bactériologie :
MM. Barbier (P.); Christol (D.); Le Minor (L.); Tournier (P.).

Biochimie médicale :
MM. Baulieu (Et.), *m. conf.*; Bourillon (R.); Cartier (P.); Dreyfus (J.-Cl.); Gonnard (P.); Kruh (J.); Jérome (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Carcinologie :
MM. Boiron (M.); Denoix (P.); Mathé (G.); Seligmann (M.).

Dermato-Syphiligraphie :
MM. Civatte (J.); Duperrat (B.).

Electro-Radiologie :
M. Ledoux-Lebard (G.).

Hématologie :
MM. Bessis (M.); Bilski-Pasquier (G.); Dausset (J.); Duhamel (G.).

Histologie :
MM. Coujard (R.), *pr. s. ch.*; Marois (M.); Racadot (J.).

Hydrologie :
MM. Besançon (F.); Cornet (A.).

Hygiène :
MM. Boyer (J.), *pr. s. ch.*; Blancher (G.); Mlle Corre-Hurst (L.); M. Sapin-Jaloustre (H.).

Maladies infectieuses :
MM. Bastin (R.); Dupont (V.).

Médecine légale :
MM. Derobert (L.), *pr. s. ch.*; Fournier (E.); Gueniot (M.); Hadengue (A.).

Médecine du travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Obstétrique :
MM. Granjon (A.); Hervet (E.); Le Lorier (G.); Lévy (J.); Morin (P.); Musset (R.); Robey (M.); Senèze (J.); Sureau (C.); Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie :
MM. Brégeat (P.); Dubois (A.); Saraux (H.).

Orthopédie :
MM. Judet (R.); Meary (R.); Postel (M.); Ramadier (J.).

Oto-rhino-laryngologie :
MM. Debain (J.); Pialoux (P.).

Parasitologie :
MM. Golvan (Y.); Lapierre (J.).

Pathologie chirurgicale :
MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Cauchoix (J.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dubost (Ch.); Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Lévêque (B.); Loygue (J.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Robert (H.); Thomeret (G.).

Pathologie exotique : M. Schneider (J.).

Pathologie expérimentale :
MM. Benhamou (J.-P.); Berthaux (P.); Boivin (P.); Crosnier (J.); Hartmann (L.); Lœper (J.); Maurice (J.); Mikol (Cl.); Richet (G.).

Pathologie médicale :
MM. Aussannaire (M.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y.); Bricaire (H.); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Hennequet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Laroche (Cl.); Lesobre (R.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nick (J.); Royer (P.); Tourneur (R.); Wolfromm (R.).

Pédiatrie-Puériculture :
MM. Joseph (R.); Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Mande (R.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rossier (A.); Vialatte (J.).

Pharmacologie :
MM. Boissier (J.); Lechat (P.).

Physiologie :
MM. Barres (G.); Dejours (P.); Durand (J.); Girard, *m. conf.*; Hugelin (A.); Scherrer (J.).

Physique médicale :
MM. Chanteur (J.); Gougerot (L.), *m. conf., pr. s. ch.*; Gremy (F.), *m. conf.*; Milhaud (G.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-Cl.); Tubiana (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie :
MM. KREIS (B.); MEYER (A.); RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :
MM. DENIKER (P.); DUCHÉ (D.); FLAVIGNY (H.); LAPRESLE (J.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie :
M. CERNÉA (P.); Mme CHAPUT (A.), *m. conf. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :
MM. CHASSAGNE (P.); LAMOTTE (M.); MARCHE (J.).

Urologie :
MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale :
MM. ABOULKER (P.); AMELINE (A.), *pr. s. ch.*; VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :
MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :
MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique oto-rhino-laryngologique :
M. MADURO (R.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie . . . . . M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale . . . . . M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Avec toute ma reconnaissance et
mon amour filial.

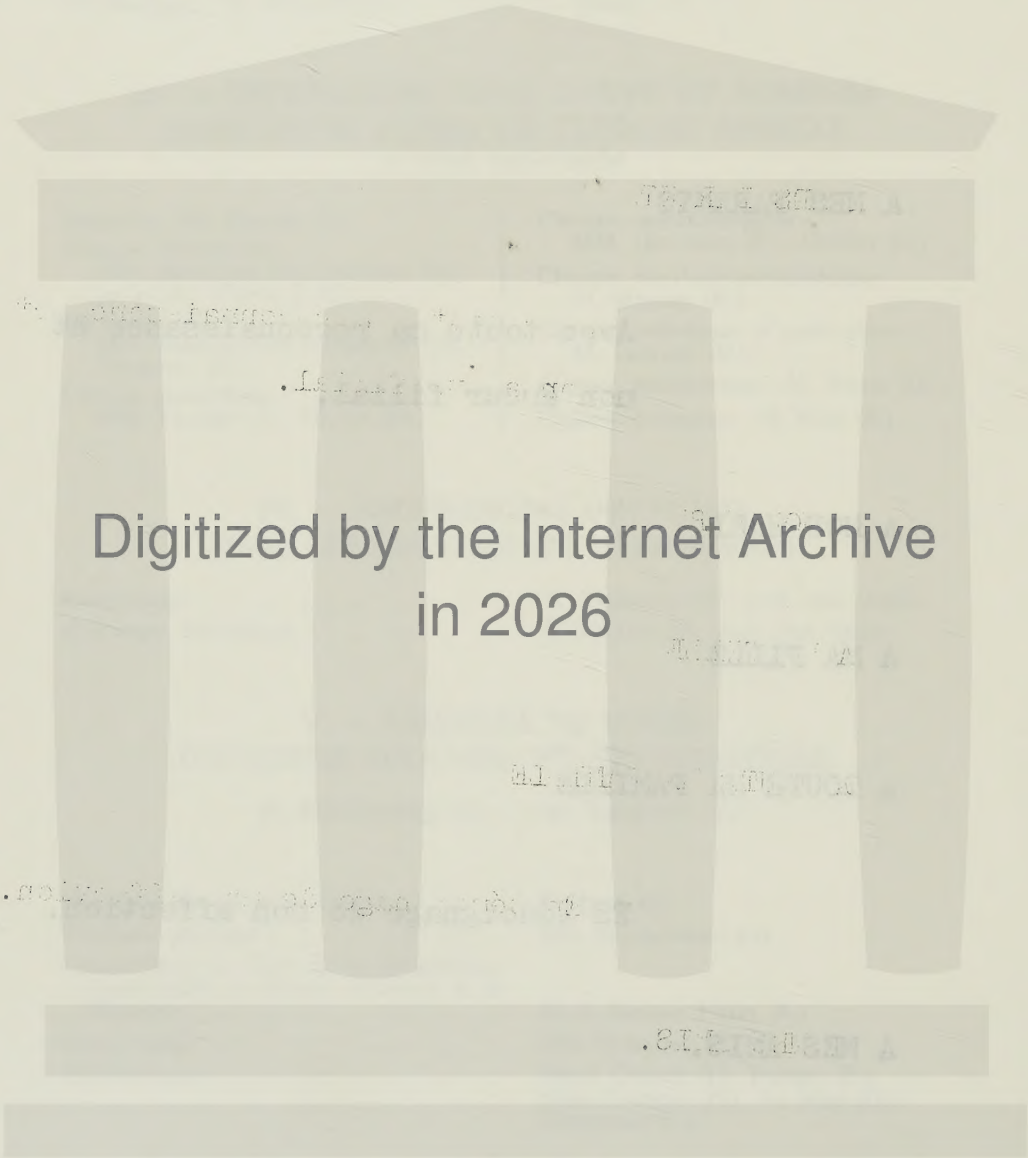
A MON MARI

A MA FILLE

A TOUTE MA FAMILLE

En témoignage de mon affection.

A MES AMIS.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538128_0031

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JOANNON

Professeur de la Chaire d'Hygiène à la

Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a fait le grand honneur de bien vouloir présider cette thèse.

En hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Clément LAUNAY

Qui a su nous intéresser aux
problèmes de l'enfance.

Toute notre reconnaissance.

A MES MAITRES D'EXTERNAT :

Monsieur le Professeur MENEGAUX in Mémoriam

Monsieur le Docteur SEGUY

Monsieur le Docteur CAROLI

Monsieur le Docteur LAUNAY

Monsieur le Docteur PINEL

Monsieur le Professeur JULIEN MARIE

A MES MAITRES

DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL ET DE LA FACULTE

DE RENNES.

A MESSIEURS LES DIRECTEURS DE LA S.N.C.F.

(Région Nord)

qui ont eu l'amabilité de nous
ouvrir leur service social.

A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE D'ORIENTATION DES JEUNES

auprès de qui nous avons trouvé
le meilleur accueil.

Nos sincères remerciements.

REFLEXIONS SUR QUINZE ANNEES DE TRAVAIL

DANS LE CENTRE D'ORIENTATION DES JEUNES DE LA S.N.C.F.

REGION NORD

-:-:-:-:-:-

Le centre qui fera l'objet de cette étude a été fondé en 1946. Comme après tous les grands bouleversements, la désorientation de la jeunesse et la recrudescence de la délinquance juvénile qui marquèrent les années d'après-guerre, rendaient pressante la création de tels centres. "Les délinquants juvéniles sont en effet, pour la plupart, des adolescents qui n'ont pas fait d'apprentissage".

En France, c'est le décret du 26 Mai 1938 qui créé une orientation professionnelle (O.P.)officielle, rattachée au Ministère de l'Education Nationale. Auparavant il n'existait que des centres dûs à des initiatives privées.

En 1910 un service d'information professionnelle fonctionne à la mairie du 16ème arrondissement à PARIS.

En 1916 s'ouvre un cabinet psychologique.

Dans les années 20, plusieurs centres privés sont créés, visant plus à une sélection qu'à une véritable orientation professionnelle.

Et si en 1922 un décret officialise l'O.P. comme l'ensemble des opérations précédant le placement des jeunes, c'est le décret de Mai 1938 qui institue une O.P. à l'échelle nationale.

Ce décret rend obligatoire le certificat d'O.P. avant l'entrée dans le commerce et l'industrie de tout jeune ayant moins de 17 ans. Des centres obligatoires dépendront des mairies et des départements, d'autres centres,dits facultatifs, peuvent être créés par des groupements professionnels légalement constitués.

C'est dans ce deuxième groupe que l'on peut situer le centre intéressé.

Pendant les années de guerre, un premier centre d'O.P. a fonctionné à la S.N.C.F. région Sud-Est.

En 1946 est créé le centre de la région Nord. Dans l'esprit de ses fondateurs, ce centre fut créé pour faire de l'orientation professionnelle et il fut d'abord animé par une conseillère d'O.P., ancienne collaboratrice du centre d'O.P. de la Caisse de Compensation de la Région Parisienne à l'intention des enfants des allocataires.

Devant le grand nombre d'enfants inadaptés, nécessitant un diagnostic et un traitement spécialisés, et pour qui très peu de centres fonctionnaient alors, la collaboration d'un neuro-psychiatre d'enfants fut assurée au centre. Ainsi était ébauchée la physionomie actuelle du centre. Son originalité réside en effet dans la co-existence harmonieuse et fructueuse d'une O.P. et d'une consultation de neuro-psychiatrie infantile, mieux dite médico-psychologique.

Ces deux activités sises dans les mêmes locaux, emploient une équipe de personnel en grande partie commune. Actuellement cette équipe est constituée, à temps plein :

d'une directrice, conseillère d'O.P.
et de 2 autres conseillères d'O.P.
1 assistante sociale spécialisée
2 psychologues
4 secrétaires.

Les médecins assurent une vacation par semaine environ,ils sont cinq :

1 médecin d'O.P.

4 neuro-psychiatres d'enfants.

Cette étude ne saurait prétendre à une valeur générale. En effet elle intéresse un groupe social bien déterminé : le milieu cheminot à qui la stabilité de l'emploi, un certain esprit de famille, un service social très structuré et fonctionnant de longue date, ont assuré une physionomie un peu à part.

En dépit des 19 échelles et des métiers les plus variés, il existe une relative homogénéité, pas de vrai sous prolétariat par exemple.

De plus le centre d'orientation des jeunes n'est qu'un rouage d'un service social remarquablement au point et qui fait, à juste titre, la fierté des cheminots.

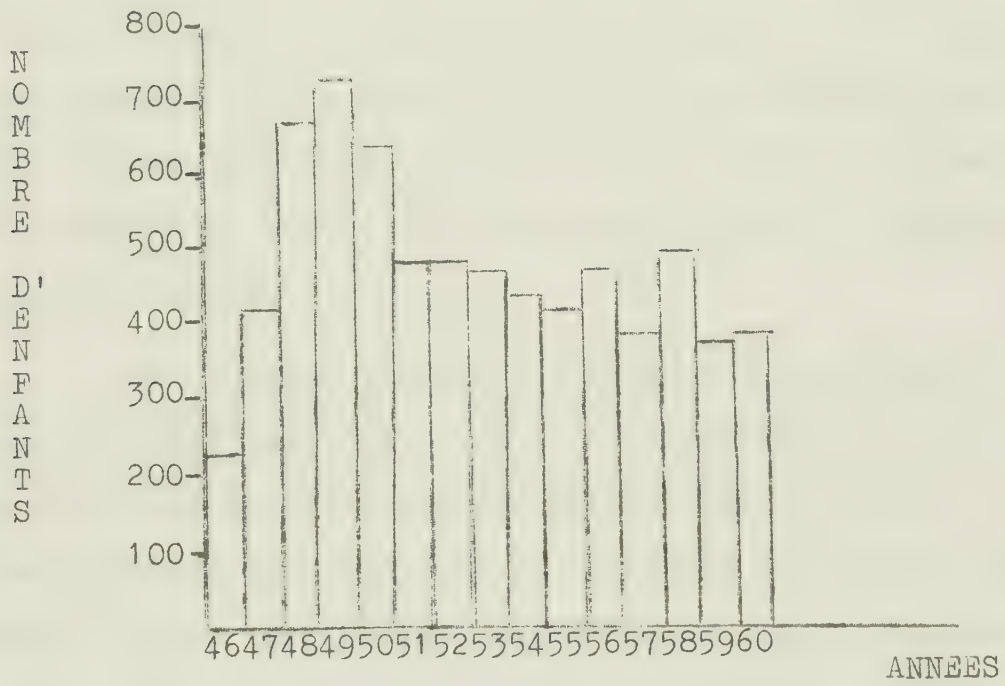
En dépit de ces particularités, là, comme dans n'importe quel centre d'orientation de la jeunesse, une équipe travaille de son mieux pour aider au maximum les jeunes qui viennent à elle.

C'est dans ce sens, que nous étudierons successivement, le fonctionnement du centre d'O.P., puis de la consultation médico-psychologique, enfin nous verrons les avantages de cette association puisque les 2 activités poursuivent le même but : l'épanouissement de la personnalité dans tous les domaines : professionnel, social, individuel.

-:-:-:-:-:-

LE CENTRE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

L'O.P., unique activité du centre au départ, a reçu 228 jeunes cheminots, la première année. Ils étaient 424 l'année suivante, puis après une flèche à 728 en 1949, le chiffre d'O.P. annuelle s'est progressivement fixé autour de 400. Le graphique ci-dessous est à ce sujet plus éloquent qu'un long exposé.



Ce chiffre de consultations annuelles ne représente nullement la satisfaction des besoins actuels de la population. Mais c'est le niveau de saturation étant donné le personnel et les locaux. Chaque année de nombreuses consultations doivent être refusées et il n'est pas question de faire de la publicité.

Cependant la "Vie du Rail", hebdomadaire très lu par la population cheminote, publie régulièrement des articles visant à sensibiliser les parents aux problèmes d'orientation de leurs jeunes.

Toutes les consultations sont données sur rendez-vous, pris le plus souvent par l'assistante sociale (A.S.) de secteur. Les demandes émanent, soit des parents, c'est de plus en plus fréquent, soit souvent encore de l'A.S. après accord de la famille. Enfin des demandes isolées sont reçues de maisons d'éducation, de directeurs d'école ou de médecins. Il ne s'agit par conséquent que de cas isolés. Il n'y a pratiquement pas d'orientations systématiques qui constituent au contraire l'essentiel de la tâche d'un centre dit obligatoire, dans un arrondissement ou un département.

Les enfants viennent de toute la région Nord de la France et, fait particulier, à cette consultation, les garçons deux fois plus nombreux que les filles. Venant de loin, les enfants doivent être examinés en une seule fois "entre deux trains". Un des parents accompagne presque automatiquement l'enfant, bien qu'aucune obligation n'intervienne et ce n'est sans doute pas une des moindres tâches des A.S. de secteur, de donner aux parents ce goût, cet intérêt pour tout ce qui touche leurs enfants.

Pour chaque enfant, un dossier est constitué avant sa venue. Il comporte :

- une fiche scolaire élaborée par le centre et remplie par l'instituteur.

- une fiche de renseignements médicaux remplie par la famille et destinée au médecin d'O.P.
- une fiche de renseignements sociaux, faite par l'assistante sociale.

Au début, du fait de la nouveauté du travail et du manque d'information des intéressés, il y a eu quelques difficultés à obtenir en temps utile les diverses fiches de renseignements. Actuellement grâce à la compréhension de chacun, les dossiers complets précèdent la venue des enfants.

Ceux-ci, à leur arrivée, sont accueillis par une hôtesse d'accueil. On s'efforce d'atteindre un rendement maximum sans que l'atmosphère d'accueil et de détente qui est le propre du centre ait à en souffrir. A cet effet une liste complète des tests est épinglée à chaque dossier. Ceux que l'enfant doit passer sont signalés et rayés au fur et à mesure des examens. Ainsi évite-t-on perte de temps ou flottement.

Ci-dessous un exemplaire de cette liste de tests où les tests demandés pour les garçons de 14 ans, niveau 5ème ou fin d'études primaires (F.E.P.) sont soulignés, ceux destinés aux filles du même âge sont cochés.

NOM :	Arrivée .....
Age	Conclusion ...
Classe :	Départ .....
. Fiche V	x Minnesota
Fiche I	Soulé
P.M.A.	x Tourneur
M.H.P.	x Wiggly
	. Heuyer-Baille
Terman	x Polak
W.I.S.C.	
Weschler	Questionnaire
Binet-Simon	. Rédaction
	. Dessin
x Fiche technique	. Phrases à compléter
Test mécanique	. Entretien
. Thurstone	. Visite médicale
. Alexander	. Vue
Cubes de Kohs	

Les résultats de chaque test sont consignés à part. Puis l'ensemble des résultats est porté sur une fiche cartonnée. On a ainsi le profil des aptitudes de l'enfant, aptitudes tant verbale et pratique que manuelle et technique. Ce profil est

établi grâce à une référence statistique. Chaque test est étalonné sur une population d'enfants du même âge. On peut ainsi classer les aptitudes de l'enfant par rapport à la moyenne.

Cette "fiche-rappel" porte également la conclusion du conseiller et ultérieurement la suite qui sera donnée au conseil d'O.P. Nous ne nous étendrons pas sur la pratique de chaque test et ses indications propres. Par contre, nous voudrions étudier plus en détails la visite médicale d'O.P. Trop souvent cet examen est considéré comme une formalité - ou bien on réduit son utilité à l'édiction de contrindications absolues ou relatives, sans en voir le côté constructif.

La manière dont cet examen est pratiqué au centre n'a rien de très particulier et la personnalité du médecin joue ici un grand rôle. Cependant nous avons été frappés par la détente qui règne dans le cabinet médical. Bien que pesée, mensuration, examen de la vision et de l'audition soient pratiqués auparavant, les dix minutes théoriquement départies à la visite médicale, sont souvent dépassées.

L'enfant (qui n'en est pas à sa 1ère visite médicale) est en général assez vite à l'aise alors que tout à l'heure les tests l'intimideront un peu. Outre l'examen systématique de routine à la recherche de déficiences à signaler, le médecin doit essayer de voir à travers l'adolescent d'aujourd'hui l'homme qu'il sera demain - on sait combien un tel pronostic est délicat à porter et son importance pourtant ne peut échapper. En effet si l'on regarde pour la Seine et Oise par exemple,

les causes de résiliations de contrats d'apprentissage, on s'aperçoit que neuf fois sur dix quand une cause médicale est alléguée c'est de fatigabilité ou de manque de robustesse qu'il s'agit.

En interrogeant discrètement l'enfant sur ses projets d'avenir, sous toutes réserves évidemment, le médecin essaie d'apprécier si l'enfant est apte au métier dont il rêve. Une collaboration fructueuse existe entre le médecin et la conseillère puisque l'examen a lieu entièrement le même jour et dans un même local et qu'une conseillère est toujours présente à l'examen médical. Si au contraire l'enfant avait été testé, un jour, examiné médicalement 15 jours après et que la synthèse ait eu lieu le mois suivant - et c'est pour des raisons matérielles, le cas de la majorité des centres officiels, la conseillère ne pourrait se référer qu'aux résultats portés aux dossiers et, si détaillée que soit une fiche, un résultat écrit est infiniment plus sec, moins parlant qu'un entretien.

Signalons en passant que le nombre d'examens médicaux révélant une déficience est de 20 % comme dans toutes les statistiques d'O.P. Les spécialités les plus souvent conseillées sont l'ophtalmologie et l'endocrinologie et loin derrière l'O.R.L. et l'orthopédie.

Après l'examen de l'enfant, les parents ont un bref entretien avec le médecin et c'est souvent en bavardant qu'ils signalent, qui, une appendicite chronique, qui, une inappétence, qui, une inertie - tous détails ne figurant pas sur la fiche de renseignements pourtant remplie. D'ailleurs la visite des

parents éclaire parfois le comportement de l'enfant et permet de préparer un peu le travail du conseiller.

C'est le cas du jeune X... : timide, rougissant, se tenant mal. Son père qui avoue,non sans difficultés, avoir été lui-même fort timide,a compensé cette timidité par une raideur excessive qui terrifie un peu sa progéniture. L'enfant, pourtant capable d'initiative, a signé ses bulletins scolaires par crainte du père. Le médecin suggère des activités de jeunes, hors du milieu familial. Le père n'est pas convaincu sans doute mais lorsque la conseillère, devant les résultats des tests et l'attitude de l'enfant, aura abouti aux mêmes conclusions, et que le même conseil sera donné, il aura plus de chances d'être suivi.

Le médecin porte ses conclusions sur une fiche établie à cet effet. Elle réalise une synthèse des différents types de fiches en usage actuellement. On ne saurait donc trop souligner que les conclusions ne sont pas seulement des contrindications mais aussi le signalement des possibilités physiques de l'enfant, envisagées pour le présent et surtout pour l'avenir.

Examen médical, tests, avec les différentes enquêtes le dossier est complet et la conseillère va maintenant devoir en faire la synthèse avant de recevoir l'enfant puis ses parents.

En effet la conclusion d'une O.P. n'est pas automatique comme beaucoup de gens non avertis, le pensent.

On a parfois distingué une conception diagnostique de l'orientation "où l'adulte s'efforce d'évaluer les caractéristiques individuelles et sociales de l'enfant puis recherche les possibilités de mise en place de ces caractéristiques dans l'échiquier

des activités professionnelles" à une conception éducative où l'enfant prendrait une part active à l'élaboration de ses projets professionnels. En fait cette distinction est un peu artificielle et cela tient essentiellement à la personnalité du conseiller.

Evaluer les caractéristiques de l'enfant, cela revient à cerner du plus près qu'on peut sa personnalité. Chaque série d'examens en donne un aspect : intelligence verbale, pratique, habilité manuelle, affectivité, aptitudes physiques. L'entretien en abordant l'enfant sur un plan de relations personnelles, complète l'étude déjà faite et en permet la synthèse. C'est dans la technique d'entretien que l'on peut donner à l'enfant une part plus ou moins active. Mais en aucun cas le but de l'orientation n'est d'imposer de l'extérieur une discipline, même si elle semble idéalement convenir. En effet "l'intelligence ne supplée pas au manque de goût et d'ambition". L'entretien, tout en lui permettant de s'exprimer préparera l'enfant à la conclusion et la lui fera en quelque sorte assumer.

Pour que l'entretien atteigne ce but, il est important que la relation entre enfant et conseiller s'établisse sur un mode de confiance sans que le comportement de l'enfant soit dicté par la fonction de l'adulte. Le conseiller n'est ni un parent, ni un maître, mais seulement un aîné expérimenté et c'est pourquoi l'enfant doit être seul avec le conseiller pour se sentir pleinement en confiance. Ainsi il pourra exprimer ses aspirations professionnelles, le métier dont il rêve et aussi les motifs de son choix.

Le niveau de motivation est une notion capitale. C'est là qu'il faut parler de vocations - rares certes mais d'autant plus

respectables - et l'on sait qu'aucune contrindication sauf extrême gravité ne doit être formelle. La vocation est en effet source d'un dynamisme qui surmonte les plus forts handicaps. Il n'est que de rappeler le nombre d'infirmes moteurs, anciens polios pour la plupart, qui sont devenus des sportifs professionnels. A côté du cas bien particulier des "vocations", les motivations peuvent se situer à des niveaux très différents et il est important pour le conseiller de savoir si tel jeune veut être instituteur parce que c'est le choix du chef de classe, des parents ou du meilleur ami ou parce qu'il a le désir de faire partager son savoir ou parce qu'il aime les enfants.

A quotient intellectuel égal un enfant suivra sans difficultés des études secondaires et un autre échouera.

Il faut donc tenir compte de l'ensemble de la personnalité dont tous les aspects ne sont pas chiffrables et qu'un conseiller expérimenté saisira tout au long de l'examen et surtout au cours de l'entretien dont l'importance ne peut échapper.

Ce n'est qu'après l'entretien avec l'enfant que la conseillère peut donner une ligne de conduite. Encore faut-il tenir compte des parents et des problèmes pratiques qui vont se poser.

Pour résoudre les problèmes pratiques on dispose d'une assez vaste documentation : les établissements scolaires et techniques sont répertoriés par métier d'une part, et géographiquement d'autre part. Les deux fiches, portant les renseignements essentiels, permettent de se rapporter à la documentation complète des établissements classés numériquement. Cette documentation demande évidemment à être strictement tenue à jour. Il faut tenir

compte également des débouchés possibles dans le marché du travail. Mais plus qu'un métier précis, la conseillère donne une direction, une famille de métier. C'est après son passage dans différents ateliers par exemple que le futur mécanicien choisira sa spécialité. Il n'est pas rare d'ailleurs que la conseillère fasse découvrir à l'enfant des métiers qu'il ignorait et qui l'intéresseront.

Beaucoup plus délicat est l'abord des parents. Il ne s'agit pas de leur livrer brutalement le résultat de l'examen au risque de les braquer définitivement. Eux-mêmes, s'ils s'en remettent à vous pour trouver la meilleure voie pour leurs enfants, ne sont quand même qu'à demi persuadés que vous ferez mieux qu'eux et de toutes façons ils ont, eux aussi, leur idée. C'est seulement quand ils l'auront exprimée, qu'ils auront donné leur raison : métier du père ou métier immédiatement rentable en cas de famille nombreuse par exemple, que l'on pourra construire avec eux. Pour les parents aussi, intervient le mode de relation avec la conseillère. Ils doivent, en même temps que la compétence, sentir la compréhension. Il faut souligner qu'en raison de la population qui vient au centre, les relations avec les familles vont plus loin que dans un centre normal d'O.P. Parce qu'ils ont toute confiance dans leur service social, les parents profitent souvent de la consultation d'O.P. pour exposer leurs difficultés et demander un conseil.

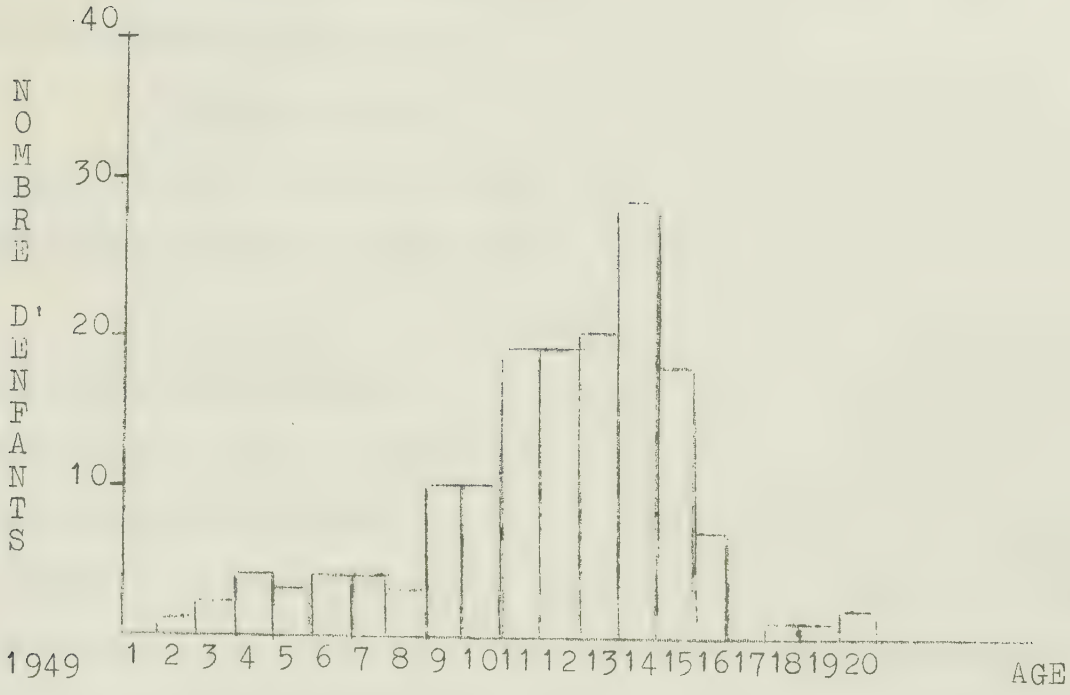
Le soin d'avertir l'enfant de la conclusion est le plus souvent laissé aux parents sauf lorsque l'enfant peut tirer quelque profit de l'entrevue. C'est le cas des enfants timides qui

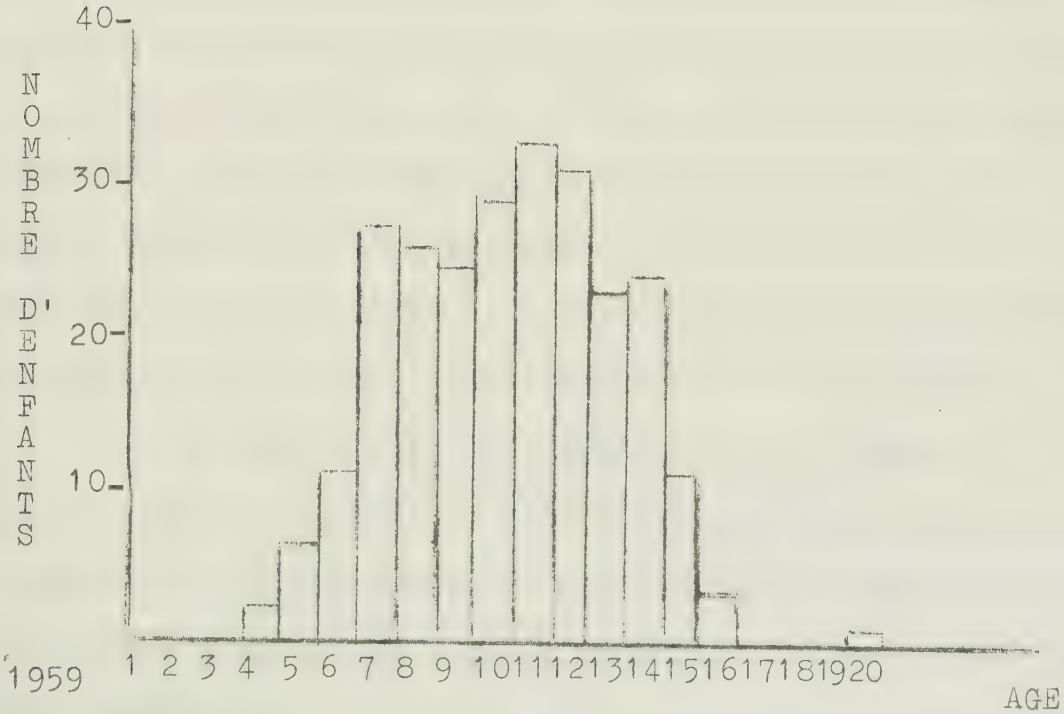
ont du mal à s'affirmer devant leurs parents et qu'on peut valoriser du même coup à leurs propres yeux et à ceux de leur famille. Il est bien évident aussi, qu'à partir d'un certain âge, l'adolescent est toujours mis au courant des résultats de l'examen.

Ces quelques aspects du travail de conseiller prouvent, s'il en était besoin, que ce n'est pas un travail qui s'improvise. Et ceci d'autant plus que les orientations se font à un niveau de plus en plus élevé. Alors que le nombre des orientations vers le C.A.P. au niveau des classes de fin d'études est à peu près stationnaire, le nombre des orientations au niveau du brevet et du baccalauréat croît sans cesse. Plus un jeune a d'aptitudes, plus long est l'examen; car l'éventail des voies possibles s'élargit rapidement. Ceci explique le petit nombre d'examens pratiqués chaque année au centre. Chaque cas, ici, pose un problème. Or si l'on regarde les statistiques des orientations systématiques, on s'aperçoit que dans 70 % des cas, on se contente d'entériner une décision familiale. Le travail est donc ici bien différent.

Par contre l'âge où les candidats à l'O.P. sont le plus nombreux reste quand même 14 ans au niveau de la classe de fin d'études primaires. Ceci est regrettable car pour les enfants aptes à poursuivre des études, c'est vers 10 - 11 ans que l'orientation devrait se faire, quitte à revoir l'enfant plus tard, au moment du choix définitif du métier.

D'ailleurs la réforme de l'enseignement avec le prolongement de la scolarité obligatoire jusqu'à 16 ans, l'existence


NOMBRE D'ENFANTS
40
30
20
10
1949
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
AGE


NOMBRE D'ENFANTS
40
30
20
10
1959
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
AGE

de nombreuses passerelles entre les différentes branches, la création d'un cycle d'observation, viendront sans doute aider à une meilleure utilisation de l'O.P.

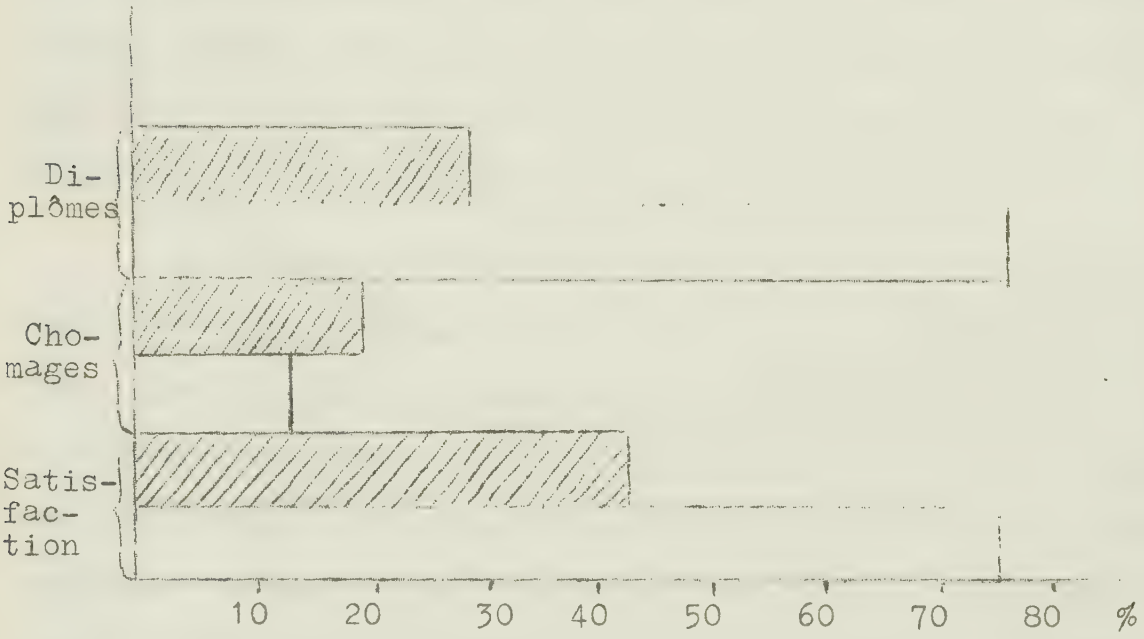
* *

Qu'advient-il de ces enfants qui ont bénéficié d'un conseil d'O.P. ? Les statistiques de l'INOP répondent que 75 % des conseils sont suivis plus ou moins exactement.

Au centre un questionnaire est envoyé chaque année aux Assistantes Sociales à l'adresse des enfants orientés l'année précédente. La suite donnée au Conseil est portée sur la fiche cartonnée. On retrouve les 75 % de conseils suivis mais ces résultats ne sont sans doute identiques qu'en apparence puisque le centre S.N.C.F. ne voit que des cas isolés et ne tient compte que des conseils strictement suivis. Il est probable que, si l'on ne considérait que les cas où un conseil a été réellement donné, les résultats seraient ici bien supérieurs et ceci du fait d'un meilleur contact avec les familles, de la suite qui, par les A.S. de secteur, peut être donnée à chaque cas et surtout peut-être d'une O.P., non pas subie mais délibérément voulue. Des statistiques faites au centre permettent de constater que les conseils sont plus suivis lorsque ce n'est pas l'A.S. mais les parents eux-mêmes qui ont pris l'initiative de la consultation.

De 1948 à 1951 une enquête un peu différente a été faite - un questionnaire a été envoyé directement aux enfants orientés 3 ans auparavant. Il y a eu 40 % de réponses (il y en a moins de 30% pour une enquête identique faite dans une population quelconque).

La comparaison des résultats : satisfaction; plein emploi; diplômes obtenus, entre les 2 groupes de jeunes : ceux qui ont suivi le conseil et ceux qui l'ont négligé est la meilleure justification de l'O.P.



en blanc : pourcentage de ceux qui ont suivi le conseil
en grisé : pourcentage de ceux qui n'ont pas suivi le conseil

certains pourront peut être se demander quelle est l'utilité d'un tel centre puisqu'il existe des centres obligatoires examinant systématiquement les enfants.

Malheureusement ces centres manquent de personnel. Dans un centre de proche banlieue, suffisamment représentatif, une seule conseillère assure environ 2.000 orientations annuellement, assistée seulement d'une secrétaire. Elle examine les enfants des classes de fin d'études primaires, ceux de 5ème, ceux de 3ème

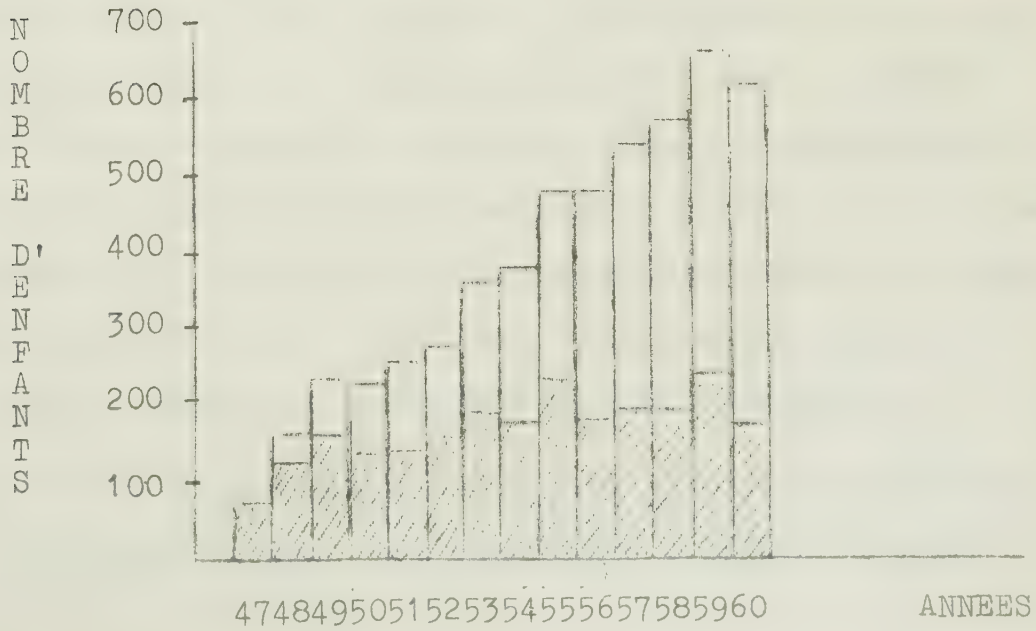
plus les inadaptés de 6ème. Même si, dans ces orientations systématiques, 70 % des conseils se contentent d'entériner une décision familiale, le travail n'en reste pas moins fort lourd et seuls les enfants des écoles publiques peuvent bénéficier de cette orientation systématique. Très souvent le manque de temps empêche de voir les élèves des écoles privées, autrement qu'en cas isolés. D'ailleurs en Province, en dehors des grands centres, peu d'enfants peuvent bénéficier de l'O.P.

Le centre de la S.N.C.F. qui peut examiner les enfants de toute une région facilite l'O.P. pour bien des provinciaux. Certains parents d'ailleurs amènent leurs enfants à la S.N.C.F. après un examen d'O.P. passé à l'école parce qu'ils mésestiment cet examen systématique et collectif dans un premier stade. On pourrait évidemment souhaiter que l'initiative de l'O.P. soit laissée aux parents mais cela supposerait l'absence de carences familiales et ce n'est encore qu'un souhait. L'O.P. systématique rend donc certainement de grands services. Mais il faudrait améliorer ses conditions de fonctionnement, afin de consacrer à chaque cas un temps plus long et de grouper le plus possible les différents temps de l'examen, ce qui est matériellement irréalisable pour l'instant. Ainsi d'excellentes conditions d'examens seraient-elles réunies dans n'importe quel centre.

LA CONSULTATION MEDICO PSYCHOLOGIQUE

Cette consultation qui, nous l'avons vu, n'existait pas primitivement dans la pensée des fondateurs du centre, s'est créée pour répondre aux besoins de la population. En 1947 le médecin neuro-psychiatre d'enfants qui s'était joint à l'équipe a examiné 74 enfants. Ce nombre n'a cessé de croître depuis; et en 1961, 1110 consultations ont été données par 4 médecins pedo-psychiatres, chacun d'eux assurant en moyenne une vacation par semaine.

Le graphique d'évolution du nombre des consultations permet d'ailleurs de remarquer que l'accroissement porte moins sur le nombre des nouveaux consultants - portion grisée du graphique que sur le nombre total des consultations - portion blanche du graphique; de nombreux enfants étant suivis, certains plusieurs fois par an.



Peu à peu, en fonction des thérapeutiques indiquées, des possibilités de traitement au centre même ont été développées, minimisant les déplacements et diminuant les dépenses.

Soulignons en passant, qu'une participation modeste, équivalent du ticket modérateur, est demandée aux parents pour la consultation médico-psychologique - alors que l'O.P. est bien sûr gratuite. Cette participation symbolique vise : à engager pécuniairement les parents : car on tient plus à une chose qui coûte qu'à une chose gratuite et à éviter que les parents ne se déchargent sur leur service social d'un enfant difficile ou déficient.

Actuellement l'équipe des thérapeutes comprend : une rééducatrice de la parole et de l'écriture, venant au centre depuis 1953, date où le problème des dylexies et dysgraphies a été mis en lumière.
Elle assure une vacation par semaine.

Une deuxième rééducatrice travaille à LILLE car les possibilités de rééducation en province sont extrêmement restreintes.

Enfin pour pallier à cette carence de rééducateurs en province, une section d'accueil pour dyslexiques a été créée en 1953 à CHANTILLY dans une maison qui accueille depuis longtemps les cas sociaux. Cette maison reçoit les enfants en internat pour le temps de la rééducation. Les enfants y jouissent d'une séance de rééducation par semaine et des répétitions quotidiennes leur sont données par les monitrices rompues à ce genre d'exercices.

Des cours de gymnastique rythmique prenant en charge les enfants par petits groupes, ont fonctionné à partir de 1955.

Enfin en 1959 un médecin psychothérapeute assure une part, trop minime, hélas, des psychothérapies bien qu'en 1960 un deuxième médecin se soit joint à lui. Dans ce domaine aussi il y a grande carence surtout en province - ce qui complique énormément la réalisation pratique des thérapies ordonnées.

L'organisation de ces diverses activités pose actuellement un problème de locaux. Les séances, destinées en majorité à des enfants de province suivant une scolarité normale, ont presque obligatoirement lieu le jeudi, qui est aussi une journée chargée d'O.P. Une solution sera bientôt apportée par l'aménagement de plus nombreuses petites salles. C'est évidemment la solution idéale car l'attention des enfants étant très labile, les causes de dispersion doivent être réduites autant qu'on le peut.

* *

Pour pénétrer dans la consultation, nous allons suivre le jeune Jean-François D... 11 ans pour lequel un rendez-vous avait été pris pour le 3 Mars 1961 à la demande des parents. Ceux-ci en effet se plaignent de difficultés de toutes sortes causées par leur fils sur lequel ils n'ont plus aucune autorité.

Avant le rendez-vous une enquête, faite par l'assistante sociale de secteur recueille des renseignements de deux ordres. D'une part, les inévitables détails sociaux, nom, âge, profession, ascendants, collatéraux, logement etc... d'autre part l'histoire de l'enfant en cause, ses antécédents, son développement, ses troubles et tout ce qui peut permettre l'anamnèse. Enfin, l'assistante sociale donne son impression. Cette enquête est envoyée au centre, en même temps que la fiche scolaire est adressée à l'instituteur responsable de l'enfant.

Cette fiche scolaire est à peu près identique au questionnaire fait pour l'orientation professionnelle. Elle comporte des appréciations sur l'attitude générale de l'enfant à l'école : sa tenue, ses rapports avec ses camarades et ses maîtres. Mais elle est plus explicite pour les résultats scolaires. En effet on demande aux maîtres moins les notes que les niveaux dans chaque matière. L'homogénéité ou la non-homogénéité des résultats peut déjà orienter la consultation. Enfin, le maître principal de l'enfant complète le questionnaire par son appréciation personnelle.

Ces divers renseignements figurent déjà au dossier de Jean-François. Ils vont permettre à la psychologue de choisir les premiers tests à passer avant la consultation du médecin.

A son arrivée au centre, Jean-François et sa mère sont accueillis par l'assistante sociale spécialisée. Jean-François est immédiatement pris en charge par les psychologues. On lui expliquera le but de ces examens. Il passera un WISC qui donnera son niveau mental mais aussi son type d'intelligence. C.A.T. et phrases à compléter permettront un sondage de l'affectivité. Entre les différents tests Jean-François dessinera à son gré et tout au long de cet examen psychologique, on observera son comportement.

Les tests choisis sont évidemment fonction de l'âge de l'enfant, de son niveau, des troubles accusés. Le centre dispose d'un éventail de tests assez large -

- pour le niveau mental, outre le WISC, le Terman et pour de gros débiles le Binet-Simon.

- pour le sondage de l'affectivité C.A.T. ou T.A.T., fables de Duss, Rorscharch,village.
- tests spéciaux pour l'exploration des troubles perceptifs.

Tandis que Jean-François passe son examen psychologique, sa mère est reçue par l'assistante sociale. Celle-ci va laisser Madame D... exprimer ses difficultés; il n'est pas rare que les parents donnent à l'assistante sociale du centre une version différente de celle donnée à leur assistante sociale de secteur. L'assistante sociale intervient peu. Tout au plus pourra-t-elle faire préciser certains points mal élucidés de l'enquête sociale. En fin d'entretien, elle expose aux parents le genre d'aide que la consultation peut leur apporter. Ce travail de relations humaines est particulièrement important et délicat.

L'A.S. du centre y a été préparée par des stages de perfectionnement dits de "case-work" c'est à dire "service social des cas individuels". Il ne s'agit pas d'une méthode exclusive mais d'"une composante des méthodes du service social, complémentaire des autres". En effet cette fonction de base de l'A.S. qu'est l'aide individuelle a été pratiquée jusqu'à présent "sur un mode essentiellement intuitif". Les connaissances enseignées dans les écoles de service social concernaient bien plus les moyens extérieurs d'action sociale que la fonction d'aide proprement dite, qui était laissée à l'inspiration et aux qualités personnelles de l'A.S.

Or les connaissances récentes de psychologie dynamique ont permis de comprendre que, le fait d'avoir besoin d'aide et de devoir aider, crée une situation psychologique complexe. Le but de

la formation de case-work est d'apporter aux A.S. cet ensemble de connaissances psychologiques et la méthode d'application de ces connaissances qui permet d'accroître l'efficacité de l'aide apportée aux familles.

On peut souhaiter que toutes les A.S. puissent un jour bénéficier de cette formation. Celle-ci est particulièrement nécessaire dans certaines branches du service social parmi lesquelles l'enfance inadaptée vient au premier rang, étant donné l'influence qu'y prend l'entourage.

Lorsque Madame D... sortira du bureau de l'A.S., elle attendra la fin de l'examen de Jean-François et la consultation du médecin - on s'efforce en effet que toute la consultation soit faite en une seule journée.

Avant de recevoir Madame D... et son fils, le médecin prendra connaissance du dossier. Une psychologue expose le cas dont le médecin traduit en termes médicaux, ce qui lui semble être essentiel. Puis la psychologue exprime sa conclusion.

Voici résumé par le médecin le cas de Jean-François :

- Le garçon vient pour des troubles du caractère. Les parents n'en viennent plus à bout. Ils ont abdiqué.
- L'enfant ne va plus en classe depuis le mois de Janvier (la consultation a lieu en mars). Bon élève jusqu'il y a 2 ou 3 ans.
- A la maison colères, coups de pied, se trouve incompris de tous. Nuits très agitées, tombe du lit.
- un frère de 29 ans est interné depuis 2 ans en hôpital psychiatrique.

- QI 96 au WISC.

C.A.T. en conflit avec un entourage hostile - possibilité de complexe d'Oedipe (le couple mari-femme détruit le couple mère-enfant) avec ambivalence à l'égard de la mère.

Contact superficiel - voit tout le monde coalisé contre lui - C'est pourquoi il ne veut plus aller en classe.

Après avoir examiné l'enfant et vu la mère, le médecin note ses conclusions :

" enfant bien développé, prépubère ".

Electroencéphalogramme (E.E.G.) à faire en raison de l'impulsivité, un centre d'observation pour caractériels est indiqué.

La consultation médicale terminée, l'A.S. revoit Madame D... pour lui expliquer ce qu'est un E.E.G. (la confusion avec électro choc est fréquente et source d'angoisse) et la nécessité du placement prescrit. C'est ensuite l'A.S. de secteur qui prend le relai de celle du centre pour assurer la liaison entre les parents et le centre.

Toute consultation médico-psychologique comporte ces différents temps :

- entrevue avec l'A.S. pour les parents
- examen psychologique pour l'enfant
- consultation médicale où parents et enfant sont vus successivement ou simultanément selon les cas et dont la durée varie d'1/2 h. à 1 h. ou plus
- enfin il n'est pas rare que l'A.S. revoie les parents pour expliquer et faire assumer la décision du médecin.

Cette action de soutien psychologique des parents est poursuivie par l'assistante de secteur. Tenue systématiquement au courant des décisions prises, non seulement elle veille à ce que les prescriptions médicales soient suivies : rééducation de la parole ou psychothérapie par exemple, mais encore elle aide les parents sur tous les plans, matériellement parfois, toujours psychologiquement. Ici il faut faire accepter un placement. Là, tâche plus délicate encore, il faut obtenir des parents un changement d'attitude - c'est le cas de Luc L... par exemple, venu consulter pour des difficultés scolaires. On constate que Luc est bien doué sur le plan intellectuel mais il est gêné par des troubles affectifs dûs à l'attitude exigeante et rigide des parents. L'enfant, tout en restant en famille, suivra une psychothérapie tandis que les parents seront vus en entretien de soutien et devront être, entre temps, épaulés par l'A.S. Pour le cas de Jean-François, nous avons vu l'A.S. n'intervenir qu'au moment de l'enquête, en fait dans 75 % de cas, ce ne sont pas les parents qui demandent la consultation mais l'A.S. elle-même qui la propose et elle doit le faire avec habileté ; les parents d'un inadapté, qu'il soit débile ou caractériel, ont souvent un sentiment d'angoisse et de culpabilité en face de cet enfant. Ils craignent que la consultation ne le classe définitivement parmi les anormaux, les "fous". D'où la nécessité de tenir compte de ce sentiment. La tâche des A.S., au centre comme dans un secteur est délicate et toujours de longue haleine.

* *

Pour l'équipe de la consultation, le travail ne finit pas non plus au moment où l'enfant quitte le centre, muni de son ordonnance. Tous les dossiers sont revus en fin de semaine par l'équipe

des psychologues et l'A.S. - c'est là que la marche à suivre est décidée pour chaque cas et le travail réparti entre les différents membres de l'équipe.

Etant donné la forme de travail au centre, il n'est pas toujours possible que la psychologue qui a examiné un enfant présente elle-même le cas au médecin. Cet handicap relatif est supplée par un solide esprit d'équipe que ces mises en commun renforcent encore. Force est en effet à chacune de donner ses compte-rendus d'examens dans un langage accessible aux autres, et de s'exprimer complètement, puisque chaque dossier peut être repris par n'importe quel membre de l'équipe. La mise en commun fait d'ailleurs que l'esprit l'équipe qui règne au centre est une des premières impressions que l'on reçoit et mérite sans aucun doute qu'on le signale.

* *

Examinons maintenant les résultats obtenus.

Nous avons vu au début de cet exposé la courbe toujours croissante des consultations données, avec un nombre de nouveaux consultants presque stable. On retrouve dans cette remarque l'importance de l'encadrement social car il est exceptionnel qu'un enfant ne puisse être revu et suivi - d'où le nombre d'anciens consultants toujours plus important.

L'âge des consultants n'a cessé d'évoluer depuis les premières années.
L'âge moyen qui était de 14 ans au départ est tombé et se maintient entre 10 et 11 ans.

Un coup d'oeil sur les courbes présentant le nombre de consultants en fonction de l'âge suffit à affirmer l'évolution :

de 1949 à 1959. Cette évolution n'a pas été spontanée - une meilleure information des assistantes sociales et des parents a permis ces résultats.

L'importance que donne actuellement à ces problèmes de l'enfance inadaptée la grande presse par exemple - quel journal même quotidien n'a pas sa rubrique psychologique ? - peut entrainer quelque exagération et il arrive - rarement d'ailleurs - de voir venir en consultation des enfants sains affligés de parents hyper-anxieux. Dans ces cas extrêmes, la consultation a une action bénéfique car l'anxiété des parents marque forcément l'éducation et l'enfant va tôt ou tard en souffrir. Il n'est donc pas inutile de rassurer ces parents et de leur faire voir le comportement de leurs enfants dans une optique plus saine. C'est autant que possible à la prévention des troubles que la médecine tend actuellement. De plus cette information des parents a l'immense avantage d'amener plus vite les enfants au médecin et il n'est pas indifférent de voir un débile à 10 ans plutôt qu'à 14. On sait en effet qu'une fois la puberté acquise les possibilités de rééducation sont nettement plus faibles. Ceci explique que les centres spécialisés, toujours surchargés de demandes, refusent les enfants qui ont atteint cet âge critique.

* *

On ne saurait donc trop insister sur l'importance d'un dépistage précoce. Les parents sont, nous l'avons vu, de plus en plus informés, (sinon de mieux en mieux) mais il ne semble pas qu'il en soit de même pour les médecins. Dans son cours d'hygiène le Professeur JOANNON figure l'homme par une pyramide triangulaire dont la base serait le passé et les 3 faces la morphologie, la physiologie et la psychologie et il constate,avec regret,que, si les 2 premières faces font l'objet de plusieurs années d'études pour le futur médecin, un silence presque complet est gardé sur la troisième.

Le monde médical commence à s'ouvrir à cette dimension humaine. La psychologie est appelée à prendre une place de plus en plus grande dans les études médicales et on ne saurait le regretter.

On s'étonne en effet de voir arriver en consultation des débiles de 14 ans et plus. Pourtant quel enfant atteint l'âge de 10 ans sans avoir vu une seule fois le médecin - ne serait-ce que pour la rougeole. Le médecin généraliste n'a sans doute guère le temps d'examiner à fond chaque patient et puis, la notion du médecin de famille se perd un peu plus chaque année.

On appelle le médecin pour une angine et on s'étonnerait qu'il s'informe de la scolarité. Et pourtant, c'est avant l'âge scolaire ou dès les débuts à l'école que beaucoup de troubles devraient être dépistés.

* *

Si nous considérons les diagnostics portés à la consultation, nous voyons décroître progressivement le nombre des débiles et principalement des débiles profonds. Il faut faire la part des débiles dont les parents n'ont jamais pu accepter leur situation et chez qui l'ouverture d'un nouveau centre suscite un nouvel espoir. De plus une meilleure information des services n'y est certainement pas étrangère.

En 1953, il y a encore 13,5 % de débiles profonds parmi les nouveaux consultants.

En 1959, il n'y en a plus que 7,5 %.

Le nombre des épilepsies dépistées varie peu.

Par contre les troubles du comportement augmentent nota-

blement. De 27 % en 53 ils passent à 52 % en 1960.

Le dépistage des dyslexies n'a commencé que vers 1952. Auparavant la plupart de ces enfants avaient des difficultés de lecture et d'orthographe qu'on identifiait mal.

Parallèlement aux diagnostics portés nous voyons évoluer les solutions apportées à chaque cas.

Alors que le nombre des placements est presque stable, les traitements médicaux, les conseils psychologiques, les psychothérapies ont pris une importance considérable.

De l'augmentation des traitements médicaux, on peut rapprocher certainement la découverte de nouvelles drogues. Dans les premières années du centre, le glutaminol n'existait pas encore. Quant à la gamme des tranquillisants et neuroleptiques, elle est plus récente encore. Ces divers produits seuls, ou associés à d'autres moyens thérapeutiques ont étendu considérablement les possibilités de traitement.

L'indication plus large des psychothérapies et des entretiens de soutien pour les parents suit l'évolution des connaissances psychologiques et particulièrement de psychologie dynamique.

L'évolution des diagnostics et des thérapeutiques est résum dans un tableau portant sur les 8 dernières années.XX (voir page 31

DIAGNOSTICS PORTES

Années	1953	54	55	56	57	58	59	60
arriération mentale profonde - imbéciles idiots	26	25	32	17	18	15	18	5
débiles légers	44	40	42	30	27	29	37	25
niveaux limite	16	14	19	16	13	15	23	14
tr. du comportement	52	73	92	67	82	69	101	87
retard scolaire	2	4	11	13	7	5	7	-
épilepsie	3	5	6	3	3	-	1	2
nouveaux consultants	192	175	232	174	189	188	242	167

SOLUTIONS APPORTEES

Années	1953	54	55	56	57	58	59	60
conseils	16	37	53	76	82	102	142	149
tr.médical	160	166	252	263	364	419	507	435
hospitalis.	3?	2	-	-	-	-	-	-
psychothér.	12	9	13	15	15	15	14	37
placements non spécial.	36	49	61	71	86	59	48	58
placements spécialisés	85	73	90	80	93	120	106	72
Nombre de consultations	357	372	472	477	540	575	667	617

Bien que le nombre des placements spécialisés prescrits par le médecin varie peu, suivant en cela, le nombre des nouveaux consultants, le problème de ces placements reste fort délicat en raison de l'insuffisance numérique des établissements.

Les placements les plus difficiles sont ceux des débiles d'âge professionnel, des semi-éducables et des caractériels âgés ou de niveau secondaire.

Sur PARIS même, le nombre de places dans les centres d'observation est très insuffisant et la plupart des enfants doivent être envoyés en province et souvent fort loin.

Une expérience est actuellement tentée dans le 13ème arrondissement, avec l'"Hôpital de Jour", centre de diagnostic et de traitement où les enfants ne viennent que pour la journée. Il est très souhaitable que des initiatives semblables se multiplient.

Si PARIS est défavorisé sur le plan des établissements spécialisés, la Région Parisienne par contre possède un nombre presque suffisant de centres de diagnostic. D'après un rapport du Professeur MICHAUX en 1957, 63 consultations fonctionnaient dans le Département de la Seine.

9 centres sont hospitaliers

16 dépendent directement de l'O.P.H.S.

34 sont privés dont 33 reconnus par l'O.P.H.S.

Le centre S.N.C.F. est l'un de ces centres privés.

Nous avons étudié successivement et de façon détaillée les 2 activités du centre. Il ne s'agit pas d'une juxtaposition due au hasard. Chaque activité garde sa physionomie propre : en O.P. la décision revient à la conseillère, à la consultation le dernier mot appartient au médecin; pourtant il existe une collaboration fructueuse entre ces 2 domaines. Nous allons voir comment.

Il arrive qu'au cours d'une visite médicale d'O.P., le médecin adresse un enfant au neuro-psychiatre comme il en adresse un autre à l'ophtalmologiste. Ce nombre reste fort bas.

Déjà plus nombreux sont les enfants venus en O.P. et que des tests perturbés ou les explications des parents orientent d'emblée vers la consultation. De 20 à 50 enfants passent ainsi chaque année de l'O.P. à la consultation. Ce fait n'est d'ailleurs pas spécial au Centre S.N.C.F. et chaque centre d'O.P. est en relation soit avec un dispensaire d'hygiène mentale, soit avec un neuro-psychiatre auquel il adresse les cas ne relevant pas de sa compétence et ceux-ci sont nombreux.

D'après une enquête du Professeur HEUYER 8 % des enfants sont inadaptés, soit actuellement en France entre 4 et 500.000. Ce terme d'enfants inadaptés a remplacé le terme d'anormaux et comprend tous les inadaptés qu'ils soient neurologiques ou psychiatriques. Il est normal que ces enfants subissent comme les autres un examen d'O.P. lorsqu'ils en ont l'âge. On a d'ailleurs toujours soutenu qu'il ne devait pas y avoir d'orientation spéciale pour eux puisqu'il n'y avait pas de professions qui leur soient spécialement réservées et que le but était justement d'en faire des adultes "comme les autres" socialement et professionnellement

adaptés.

Mais beaucoup de ces inadaptés doivent d'abord être soignés avant de pouvoir être orientés.

Or en admettant que le médecin d'O.P. en ait la compétence, il n'a pas légalement la possibilité d'ordonner une thérapeutique. Force est donc de recourir au spécialiste. Ces précisions peuvent sembler superflues mais en pratique le cas de certains inadaptés adressés pour O.P. par exemple pourraient prêter à mésentente entre les 2 secteurs, si les domaines de chaque compétence n'étaient pas bien établis. Heureusement d'ailleurs pour les inadaptés, beaucoup d'entre eux sont suivis par une consultation médico psychologique bien avant d'être en âge de subir une ... Ces enfants suivis par un pédopsychiatre et qui passent un examen d'O.P. avant l'entrée dans un I.M.P. professionnel par exemple, représentent un 3ème groupe qui profite des 2 activités du centre.

Cette collaboration pourrait être illustrée par de multiples exemples. Nous n'en prendrons que trois.

Le jeune Louis S... 12 ans

est suivi depuis un an à la consultation pour un retard scolaire : difficultés dans toutes les matières. C'est un enfant inhibé, passif, peu communicatif.

Quotient intellectuel (QI) : 74 au WISC.

L'ensemble de l'examen psychologique établit qu'il s'agit d'un débile léger.

Un I.M.P. professionnel est conseillé pour la rentrée suivante.

La constitution du dossier en vue du placement comporte entre

autres, le passage d'un examen d'O.P. qui éclairera sur les activités convenant à l'enfant.

La conclusion de l'examen stipule que l'enfant doit pouvoir s'adapter à des travaux de jardinage exécutés sous direction.

Il sera placé dans un établissement accueillant des enfants de son niveau.

* *

Autre exemple :

Le jeune Bernard P... 15 ans

vient pour une O.P. car il ne veut plus aller en classe.

Il désire travailler rapidement après un apprentissage très court.

En fait si le quotient intellectuel est normal : 105 au Terman il existe de gros troubles du comportement : fugues, école buissonnière, colères violentes, agressivité.

Ces troubles font demander un examen psychologique et le médecin psychiatre prescrit un E.E.G. Celui-ci très perturbé doit être considéré comme comitial (l'hérédité est chargée et de plus il y a des antécédents probables de méningite).

Un traitement est institué pour la comitialité et l'enfant sera vu en O.P. avec les contrindications dûes à son état et continuera d'être suivi par la consultation.

* *

Cas un peu semblable au précédent :

Laurent S... 12 ans

qui suit une 5ème est amené par ses parents pour orientation scolaire car il a des difficultés à suivre sa classe.

Le QI est de 122.

et on s'aperçoit que les difficultés datent d'un an à peine.

C'est au cours de la 6ème que le comportement de Laurent a changé : d'émotif et timide qu'il était, il est devenu désinvolte, indifférent à son travail. Simultanément le comportement à la maison a changé lui aussi ; après avis des parents une consultation est demandée.

Dans ces cas, la proximité : O.P. - consultation médico-psychologique présente de nombreux avantages. Le secrétariat est commun. Les rendez-vous peuvent être pris sur le champ. Le dossier existant sera transmis au complet - ce qui évite de refaire certains examens. D'ailleurs l'enfant est déjà connu des psychologues.

De plus la venue à la consultation médico-psychologique que les parents redoutent fort en général, peut être facilité par un premier contact à l'occasion d'une O.P. par exemple. Après l'O.P. d'un ainé les parents amènent plus volontiers un cadet difficile parce qu'ils connaissent déjà l'équipe et les lieux, et qu'il ont pu apprécier l'accueil et l'aide qui leur ont été donnés.

C O N C L U S I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Ces 15 années de travail au Centre d'Orientation des jeunes sont riches d'enseignements.

Dans le domaine de l'O.P.

Nous avons vu que le centre fonctionne dans des conditions particulièrement favorables. Résumons-les.

- pas de consultations systématiques, donc possibilité d'ajuster le nombre des examens pratiqués au temps disponible.
- examens très groupés, dans la même journée, permettant un authentique travail d'équipe.
- enfin encadrement social important, propre à la population qui fréquente le centre. D'où la possibilité même dans le cadre de l'O.P. d'une action psychologique auprès des parents.

Dans le secteur de la consultation médico-psychologique, nous retrouvons les mêmes caractéristiques du travail social, permettant une action suivie, en profondeur.

Par contre la consultation est très proche des autres consultations médico-psychologiques qui existent dans des cadres différents. Il faut cependant signaler qu'elle a été parmi les premières de ce type à fonctionner.

Enfin nous avons vu les avantages du groupement de ces deux activités. L'harmonie qui y préside est certes très liée aux personnalités des animateurs et difficile à réaliser. Cette formule n'en est pas moins intéressante à signaler car on peut se demander si de tels centres d'orientation de la jeunesse

pouvant répondre aux besoins de tous les enfants plus ou moins bien adaptés n'est pas une formule d'avenir comme le sont actuellement dans un domaine strictement médical les polycliniques et les cabinets de groupe.

VU, le Président de Thèse,
Monsieur le Professeur JOANNON

VU, le Doyen,
Monsieur le Professeur BINET

VU, le Recteur,

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

BARTHES N. - Incidence des problèmes économiques et familiaux en psychiatrie infantile. Thèse Paris,

BENASSY et BERNARD - Une nouvelle étude du contrôle de l'O.P. BINOP 1955 N° 3.

BENASSY-CHAUFFARD - Le contrôle de l'O.P. résultat d'une enquête. BINOP 1945.

BERNERY - Causes dc résiliation de contrats d'apprentissage chez les artisans de Seine et Oise. BINOP 1955 N° 3.

BLENET - A propos d'orientation professionnelle. Thèse Paris 1959.

BOUREAU S. - Hygiène Mentale à l'Ecole. Thèse Paris 1957.

CAMBON J. - Case-work et O.P. BINOP 1954 N° 2.

COURTHIAL A. - Introduction à l'étude de l'O.P. ses bases sociales et psychologiques 1946.

FAYE S. - Le facteur psychologique dans la genèse des troubles fonctionnels chez l'enfant. Thèse Paris 1954.

GAL R. - L'orientation scolaire. Nouvelle encyclopédie pédagogique. 1946. P.U.F.

GERARD - Orientation et sélection des enfants d'âge scolaire dans le département de la Seine. Population 1953 - 54 N° 4.

JOANNON P. - Cours d'hygiène mentale. Faculté de Paris.

LARCEBEAU - Choix professionnel des garçons des classes de fin d'études primaires.

LEBOVICI S. - La guidance infantile.
Monographie de l'O.M.S.
- A propos de la psychothérapie infantile conduite en cure libre. Sauvegarde 1951 N° 7/8.

LEBOVICI et DIATKINE - Remarques méthodologiques à propos du diagnostic en N.P.I.

LEON - Psychopédagogie de l'O.P. P.U. 1957.

LESCHINOWSKY - De l'influence de la puberté sur le débile mental.

MASSON - La famille de l'inadapté devant le travail de celui-ci.
8ème Congrès U.N.A.A.R. 1956.

MAURY - O.P. des enfants et adolescents inadaptés.

MICHAUX L. - Sud Medical et Chirurgical 1957.
L'organisation française de l'assistance aux insuffisants mentaux.

MICHAUX L. et DUCHE - L'enfant inadapté. Rôle médico-social du médecin.

MILLERCAU A. - Thèse Rennes 1962. Rôle et place du médecin de famille dans les grands ensembles.

MORIN-LORMAND - Unification des conclusions de la fiche médicale en O.P.
BINOP 1955 N° 3.

NAHOUM - L'entretien psychologique 1958.

NEPVEU A. - L'orientation de l'inadapté.
8ème Congrès U.N.A.R. 1956 Toulouse.
Quelques aspects particuliers du contrôle de l'O.P. BINOP.

PARMENTIER-BELOUX - Guide pratique du médecin d'O.P.

PIOT - Guide pratique d'O.P.

PUEL D. - Etudes de quelques aspects de l'examen médical en matière d'O.P. Thèse Bordeaux 1959.

SAUGUET - Les centres médico-psychologiques.
Sauvegarde 1954.

SAUVY A. - La montée des jeunes. 1960.

SIMON - Centre de guidance infantile.
Thèse Paris 1960.

VALETTE - Etude du fonctionnement d'un dispensaire d'hygiène mentale dans ses rapports avec le service d'hygiène scolaire.
Thèse Paris 1955.

ZAZZO - Enquête menée par les psychologues scolaires.
BINOP 58. IV.